

спілкування виконує важливу комунікативну функцію, розглядається як творче комунікативне вміння, що розуміється як здатність викласти у письмовій формі свої думки. Якщо коректно визначити цілі викладання письма і письмової мови, врахувати мотиваційний компонент і роль письмової форми спілкування в розвитку інших умінь, використовувати вправи з відповідними цілями, виконувати ці вправи на відповідному етапі викладання/вивчення, то усна мова стає багатішою та логічнішою.

Ключові слова: письмо, заняття іноземної мови, вчитель, учень.

УДК 159.972

Сергей НИКОЛАЕНКО

ПРОБЛЕМА СОЧЕТАНИЯ ГИПНОЗА С ТЕХНОЛОГИЕЙ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ПЕРЕРАБОТКИ ДВИЖЕНИЯМИ ГЛАЗ (ДПДГ) В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ

Статья посвящена поиску оптимальных техник гипноза для сочетания со стандартной процедурой ДПДГ-терапии. При этом определены техники индукции и утилизации гипнотического транса, которые можно сочетать со стандартной процедурой ДПДГ-терапии на этапах подготовки, десенсибилизации и завершения, а также между сеансами.

Ключевые слова: эмоциональная травма, ДПДГ-терапия, индукция транса, утилизация транса.

Постановка проблемы. Технология десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний с помощью движения глаз (ДПДГ) была разработана Ф. Шапиро в 1987 году. Эта технология предназначена для психотерапии эмоциональных травм, связанных с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) [11].

Известно, что Ф. Шапиро трактует гипноз и ДПДГ в качестве принципиально не связанных друг с другом процедур и негативно относится к идее их интеграции. Она отмечает, что наведение глубокого транса во время сеанса ДПДГ противопоказано, потому что измененное физиологическое состояние при гипнозе не позволяет переработать всю травматическую информацию соответствующим образом. Автор подчёркивает, что если ДПДГ определять как простой гипноз, то её полезность будет ограничена теми эффектами, которые уже и так доступны терапевтам.

Однако М. Япко ставит под сомнение точку зрения Ф. Шапиро о непреодолимом разрыве между гипнотическим состоянием и тем спе-

цифическим состоянием, которое возникает в процессе ДПДГ-терапии. По его мнению, даже такой изначально невербальный подход, как ДПДГ, может рассматриваться как суггестивный и гипнотический, поскольку во всех методах фокусировки внимания существует общий гипнотический знаменатель [12].

И в самом деле, формирование транса предполагает сосредоточение внимания на внутренних переживаниях. В отличие от обычного состояния сознания, которому свойственно постоянное изменение фокусировки внимания, гипнотическое состояние связано с устойчивым сосредоточением внимания и исключением всего, что отвлекает внимание. Однако это отнюдь не забвение или отсутствие реагирования, как это бывает во время сна, а особое состояние, в котором активность сознания снижается, а внимание целиком сосредоточено на определенных стимулах [10].

Поэтому, по мнению М. Япко, процедура ДПДГ, которая предполагает повторное обращение к внутреннему опыту клиента (травматическому материалу, хранящемуся в нейронных сетях мозга), требует от него тщательной фокусировки на событиях и опыте прошлого, что естественным образом может вызывать у него искажения в осознании актуальной окружающей реальности. Трудно себе представить, указывает М. Япко, что устойчивое сосредоточение внимание на событиях прошлого, избранных в качестве предмета для переработки с помощью ДПДГ, не приводит к *спонтанному* возникновению гипнотического состояния [12].

Указанное выше противоречие в понимании базовых психологических механизмов ДПДГ снимается С. Гиллигеном в рамках следующего подхода. Автор утверждает, что у каждого человека “существует “состояние особой обучаемости”, в котором травматическое самоотождествление и тревожные переживания могут быть преобразованы в здоровые интегрированные состояния” [2, с. 392]. При этом данное “состояние особой обучаемости” функционирует на следующих уровнях: 1) уровне врожденной способности человека преобразовать и исцелять свою психологическую сущность; 2) уровне соотношения состояния особой обучаемости с социально-символическими структурами, окружающими и актуализирующими данное состояние; 3) уровне, который относится к более обширному контексту терапевтической работы, когда возникающие у клиента переживания соединяются с другими контекстами в жизни человека в процессе использования других видов терапевтической работы (поведенческих заданий, работой над отношениями, эго-усиления и др.). С. Гиллиген специально подчеркивает, что на втором уровне “опыт

“состояния особой обучаемости” в ДПДГ не является опытом “транса”. Будучи связанным с гипнотическим опытом через общий 1-й уровень, базовое переживание и свойства, состояние “ускоренной переработки информации” ДПДГ все же несколько отличается. В этом смысле метод ДПДГ добавляет существенно новый способ испытать процесс исцеления” [2, с. 394–395].

В рамках данного подхода С. Гиллиген высказывает точку зрения, согласно которой гипнотерапия и ДПДГ-терапия являются “скорее взаимодополняющими, чем дублирующими друг друга” [2, с. 395]. При этом отмечается, что при разработке методики ДПДГ, по видимому, было принято обдуманное решение не связывать её с гипнозом. По мнению автора, отчасти это выглядит мудрым “пиаром”, в том смысле, что если бы она преподносилась в терминах гипноза, многих людей это могло бы остановить, испугать или ввести в заблуждение. Вторая причина состоит в том, что, освобождая себя от традиции гипноза, она ведёт к новым способам понимания и работы с застарелым феноменом травмы и её последствиями [2].

Очевидно, что для достижения успеха в любой модели психотерапии, терапевт должен обеспечить определенные условия для исцеления. С. Гиллиген констатирует, что они включают в себя как общие условия – такие, как безопасность и поддержка, так и более специфические условия, которые в разных подходах варьируют. Сравнительный анализ показывает, что в методе ДПДГ и в эриксоновском гипнозе некоторые специфические условия совпадают, предполагая повышенное внимание к развитию и поддержанию следующих процессов: 1) релаксации; 2) прямого чувственного доступа к глубинным переживаниям; 3) двойственной фокусировки внимания (т.е. одновременного отслеживания внутренних переживаний и внешнего окружения, стимулов); 4) доверия к психотерапевту, чтобы проложить путь к интеграции (с ключевым внушением клиенту в процессе ДПДГ – “просто позвольте этому произойти”) [2].

С. Гиллиген заключает, что поскольку ДПДГ и эриксоновский гипноз разделяют сходные теоретические предпосылки и по форме являются взаимодополняющими методами, их можно *сочетать* при работе с клиентом. Оба эти метода особое внимание уделяют внутренним целительным способностям клиентов и стремятся предоставить пространство, в котором клиенты могут научиться доверять своим способностям для обретения большей целостности. Главное преимущество сочетания этих методов, по мнению автора, состоит в том, что это открывает возможность творчески адаптировать терапию к клиенту, вместо того, чтобы следовать фиксированному протоколу.

В силу этого сочетание данных подходов в равной степени благоприятно и для терапевта, и для клиента [2].

Таким образом, соглашаясь с мнением Ф. Шапиро о нецелесообразности погружения пациента в глубокий транс *во время* сеанса ДПДГ, мы, вслед за С. Гиллигеном, полагаем, что гипнотические техники могут с успехом *сочетаться* с ней, дополняя друг друга, но без нарушения базовой модели, принципов и технологии самой ДПДГ.

Анализ последних исследований и публикаций. Д. Бэр, М. Симон, К. Уэлч выявили, что в настоящее время психотерапевты используют гипноз при ДПДГ, когда: 1) клиент испытывает трудности при ДПДГ-терапии; 2) терапевт предполагает, что клиент будет иметь сложности в переработке травматической информации высокой интенсивности с помощью ДПДГ. Поэтому гипноз используют либо во введении, до начала ДПДГ, либо в течение сеанса терапии ДПДГ. Такое сочетание двух разных и мощных подходов в исцелении травматической информации реализует две функции: 1) активизации внутренней работы клиента для успешного прохождения процесса ДПДГ; 2) активизации более интенсивной переработки травматического опыта. В целом данное исследование показало, что гипноз является ценным инструментом для смягчения и ускорения использования ДПДГ в лечении застарелых эмоциональных травм [13].

М. Филлипс исследовал, как гипнотические методы могут быть систематически включены в стандарт протокола ДПДГ для усиления различных эго-состояний во время ДПДГ-терапии. Автор проиллюстрировал способы интеграции гипнотических процедур в пределах предлагаемого ДПДГ-протокола для решения следующих задач: 1) содействия Эго-укреплению клиента; 2) облегчения терапевтических изменений; 3) сокращения сроков терапии; 4) облегчения процесса психотерапевтических изменений [14].

С. Гиллиген проанализировал возможности сочетания ДПДГ и эриксоновского гипноза. Автор рассмотрел различные подходы (директивный гипноз, эриксоновский гипноз, ДПДГ) к исцелению эмоциональных травм, выявил различные формы и уровни “состояния особой обучаемости” в данных подходах, показал различия в типах идентичности личности (“неуверенной в себе личности” и “уверенной в себе личности”). На основе проведенного теоретического анализа и своего клинического опыта автор делает следующий вывод: “Поскольку ДПДГ и эриксоновский гипноз разделяют сходные теоретические предпосылки и по форме являются взаимодополняющими, их можно сочетать при работе с клиентом” [2, с. 402].

В. А. Доморацкий рассмотрел теоретические и практические аспекты сочетанного применения эриксоновского гипноза и десенсибилизации и переработки движениями глаз в клинической практике. Автором приводятся аргументы в пользу эффективности совместного использования этих методов у одного пациента. Представлены клинические иллюстрации подобной успешной работы с юношей, страдающим ночным энурезом, женщиной с психогенной оргазмической дисфункцией и мужчиной с акрофобией [3].

Е. Томас Дауд показал возможности применения когнитивной гипнотерапии при лечении посттравматического стрессового расстройства. Автор описывает методики гипнотической работы с когнитивным содержанием, когнитивными процессами и когнитивными структурами при расстройствах, связанных со стрессом [4].

С. Линн и И. Кирш продемонстрировали возможности применения когнитивно-поведенческой гипнотерапии при лечении посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). При этом особое внимание уделялось гипнотерапевтической работе с флэшбэками на базе экспозиционной терапии и гипноза. Авторы раскрывают также значение техник “полной осознанности” в периоды беспокойства, возрастной прогрессии и регрессии, когнитивного реструктурирования в лечении ПТСР [8].

Таким образом, современные исследователи отмечают как высокую теоретическую совместимость концепций гипнотерапии и ДПДГ-терапии, так и заметное повышение эффективности терапии эмоциональных травм клиентов при сочетанном использовании данных технологий у одного и того же клиента.

Однако остаются открытыми следующие вопросы о том, какие именно техники гипнотической индукции и утилизации состояния транса целесообразно сочетать: 1) со стандартной процедурой ДПДГ; 2) со стандартным протоколом ДПДГ; 3) с протоколами и процедурами для особых ситуаций ДПДГ; 4) при ДПДГ с различными типами клиентов.

Цель статьи – выявить оптимальные техники гипнотической индукции и утилизации состояния транса для сочетания со стандартной процедурой ДПДГ с целью повышения эффективности последней.

Изложение основного материала. В основе технологии ДПДГ лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма – адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активизации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травмирующей информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной

сфере, эмоциях и поведении. Предполагается, что движения глаз или другие стимулы, используемые при ДПДГ, запускают процессы, которые активизируют ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (БДГ-сна). Ряд исследователей считает, что фаза БДГ-сна является тем периодом, когда бессознательный материал, в том числе связанный со стрессами, всплывает для адаптивной переработки. В зависимости от поставленных целей и задач количество сеансов ДПДГ может варьировать от 1–2 до 6–16 при продолжительности каждого сеанса от 60 до 90 минут. Средняя частота сеансов 1–2 раза в неделю.

Рассмотрим возможности сочетания гипноза (техник гипнотической индукции и утилизации состояния транса) и ДПДГ-терапии в контексте основных компонентов процедуры ДПДГ.

Стандартная *процедура* ДПДГ реализуется на протяжении *одного сеанса* и включает в себя следующие стадии.

1. *Стадия оценки.* Данная стадия предполагает изучение истории эмоциональной травмы клиента, планирование психотерапии и актуализацию факторов его безопасности в ходе предстоящей процедуры ДПДГ.

2. *Стадия подготовки.* Эта стадия связана с установлением продуктивных терапевтических отношений с клиентом и создание атмосферы безопасности и доверия. При этом клиенту кратко разъясняется смысл процедуры ДПДГ.

3. *Стадия определения предмета воздействия.* На этой стадии психолог определяет конкретные виды целей воздействия. При психотерапии клиентов с ПТСР вначале это будут реальные травмирующие события (боевые действия, катастрофы и т.д.), затем переработке подвергаются навязчивые мысли и другие негативные воспоминания, кошмарные сновидения и любые другие факторы, оживляющие болезненные переживания прошлого.

4. *Стадия десенсибилизации.* На данной стадии ведется работа по снижению негативных эмоций клиента при воспоминании о травме до 0 или 1 балла по “Шкале субъективного беспокойства”. При проведении десенсибилизации клиенту предлагают, к примеру, вспомнить картину события. Далее психотерапевт просит его следить глазами за движениями пальцев психотерапевта и одновременно удерживать образ, несущий самую неприятную часть воспоминания, произнося про себя отрицательное самопредставление (“Я плохой человек” и т.п.) и отмечая ощущения, которые возникают в теле. В ходе переработки основного травматического материала на фоне очередной серии дви-

жений глаз в сознании клиента могут всплывать дополнительные воспоминания, ассоциативно связанные с психической травмой. Такие воспоминания становятся фокусом для проведения следующей серии движений глаз.

5. *Стадия инсталляции.* Цель этой стадии – связать желаемое положительное самопредставление с избранной в качестве цели переработки информацией, что ведет к повышению интегральной самооценки клиента.

6. *Стадия сканирования тела.* Стадия посвящена устранению возможного остаточного напряжения или дискомфортных ощущений в теле. В случаях, когда клиент сообщает о неприятных ощущениях или мышечном напряжении, их перерабатывают с помощью очередных серий движений глаз, пока дискомфорт не снизится. Иногда телесное напряжение, вскрытое при сканировании тела, может повлечь за собой новую цепь негативных ассоциаций, для переработки которых потребуются время.

7. *Стадия завершения.* Стадия направлена на возвращение клиента в состояние эмоционального равновесия в конце каждого сеанса, вне зависимости от того, полностью ли завершена переработка дисфункционального материала. Если в конце психотерапевтического сеанса клиент проявляет признаки беспокойства или продолжает отреагирование, психологу следует применить гипноз или управляемую визуализацию (техника “Безопасное место” и т.п.), чтобы вернуть его в комфортное состояние.

8. *Стадия переоценки.* Переоценка проводится перед началом каждого нового сеанса ДПДГ. Психотерапевт вновь возвращает клиента к ранее переработанным целям и оценивает реакцию клиента для определения того, сохраняется ли эффект лечения. Важно помнить, что новый дисфункциональный материал можно подвергать переработке только после того, как произойдет полная интеграция психических травм, подвергшихся психотерапии ранее.

С нашей точки зрения, применение гипноза оправдано только на стадиях *подготовки, десенсибилизации и завершения* в структуре стандартной процедуры ДПДГ.

Рассмотрим особенности использования гипноза на *стадии подготовки* в структуре процедуры ДПДГ. Согласно Ф. Шапиро, на данной стадии психотерапевт решает следующие задачи: 1) формирование психотерапевтической позиции; 2) установление контакта с клиентом; 3) разъяснение клиенту теории; 4) тестирование движений глаз клиента; 5) описание клиенту модели ДПДГ; 6) формирование у клиента реалистических ожиданий от ДПДГ-терапии; 7)

развенчание у клиента возможных опасений; 8) проведение упражнения “Безопасное место” по обретению клиентом чувства эмоциональной стабильности в любых ситуациях.

С нашей точки зрения, формирование ресурсных переживаний клиента, связанных именно с “безопасным местом”, может быть более эффективно реализовано на основе гипнотических техник формирования и утилизации транса.

Наш опыт показывает, что одной из лучших процедур погружения клиента как в гетерогипноз, так и аутогипноз, является техника “Индукция транса через движение руки (по методу Н. Воотон)” [5]. Для того, чтобы облегчить в последующих сеансах погружение клиента как в гетерогипноз, так и аутогипноз, терапевту на самом первом сеансе *гетерогипноза* на этапе постгипнотического внушения необходимо установить у него постгипнотический сигнал (якорь) на повторное погружение в транс. Этим якорем может стать такой начальный элемент индукции в структуре данной техники, как вытянутая вперед рука с поднятым вверх большим пальцем. Клиента также нужно специально проинструктировать, что при *аутогипнозе* он будет использовать самовнушения от первого лица (“Я держу руку...”, “Я позволяю этому происходить...”, “Я фиксирую свое внимание...” и т.д.) [5].

Для утилизационной части гипнотического сеанса можно порекомендовать превосходную технику С. Линна и И. Кирша “Содействие ощущению безопасности и защищенности: безопасное место” [8, с. 99–101] или технику Г. Карла и Д. Бойза “Личное прибежище” [7, с. 96].

При этом нам представляется, что следует ставить *разные якоря* для техник, с одной стороны – *наведения транса*, а с другой – *утилизации транса*. Поэтому для повторного наведения транса по методу Н. Воотон в качестве якоря мы рекомендуем клиенту использовать вытянутую вперед руку с поднятым вверх большим пальцем. А для переживания “ощущения безопасности” в качестве якорей нужно находить и использовать эмоционально-значимые слова, символы или образы, которые сигнализируют клиенту о субъективных или объективных, индивидуально-неповторимых местах силы, защитных ситуациях, личных прибежищах.

В этом случае *одна и та же* заякоренная процедура *индукции транса* может связываться также с заякоренными, но индивидуализированными и *разными по содержанию* утилизациями на различных этапах ДПДГ-терапии. Это дает возможность психотерапевту доста-

точно гибко, быстро и надежно включать данные ресурсы в любые необходимые контексты ДПДГ-терапии.

Отметим особенности использования гипноза на *стадии десенсибилизации* в структуре процедуры ДПДГ. На стадии десенсибилизации может возникнуть процесс отреагирования (абреакции). Абреакция может быть как доведенной, так и не доведенной до конца. Ф. Шапиро подчеркивает следующее. Поскольку особенно важно ни при каких обстоятельствах не допускать, чтобы клиент покидал кабинет психотерапевта с незавершенным отреагированием, необходимо подготовиться к проведению адекватной процедуры завершения, позволяющей пациенту закончить психотерапевтический сеанс в состоянии относительного покоя даже в том случае, если переработка оказалась неполной. Автор также отмечает, что гипнотическое внушение “безопасного места” является одним из лучших способов окончания *незавершенного* сеанса ДПДГ-терапии [11].

Для решения данной проблемы вполне подходят указанные выше техника “Индукция транса через движение руки (по методу Н. Воотон)” и техника С. Линна и И. Кирша “Содействие ощущению безопасности и защищенности: безопасное место”, которые можно проводить с использованием якорей.

Отметим особенности использования гипноза на стадии завершения в структуре процедуры ДПДГ. На стадии завершения могут возникать ситуации: 1) психотерапевтический сеанс может оказаться незавершенным (в случаях, когда не удастся завершить отреагирование или возникает заблокированность в переработке дисфункциональной информации); 2) психотерапевтический сеанс может оказаться благополучно завершенным. Как уже отмечалось выше, для незавершенного психотерапевтического сеанса подходят указанные техники индукции транса Н. Воотон и техника утилизации транса С. Линна и И. Кирша.

Рассмотрим ситуацию, когда психотерапевтический сеанс оказывается *благополучно завершенным*. Как показывает клинический опыт В.А. Доморацкого, на стадии завершения процедуры ДПДГ при благополучно проведенной десенсибилизации и инсталляции, могут быть реализованы следующие процедуры: 1) техники быстрого наведения транса; 2) техники Эго-усиления клиента, которые соотносятся с содержанием позитивного самоотношения, которое было инсталлировано клиенту на предыдущем этапе процедуры ДПДГ; 3) процедура пропуска (отмены) стадии сканирования тела, которая присутствует в стандартном протоколе процедуры ДПДГ; 4) процедура перехода к третьему этапу стандартного протокола ДПДГ, который предусматри-

вает перенос из прошлого опыта клиента в его будущее необходимых ресурсов [3].

Проанализируем особенности техник *быстрого наведения* транса, которые используются В. А. Доморацким на *стадии завершения* процедуры ДПДГ. Для этого автор предлагает проводить быструю индукцию транса посредством техник *постановки каталепсии руки* и *кинестетической неопределенности*. Техника постановки каталепсии руки является разновидностью “рычажного наведения”, а техника кинестетической неопределенности – разновидностью “прерывания стереотипа” [1, с. 64–74].

Суть рычажного наведения состоит в том, что клиента ставят в необычное положение, когда у него возникает определенный феномен транса, например, *каталепсия* поднятой руки. При постановке каталепсии руки необходимо задать клиенту любой вопрос, который потребует актуализации образного представления, а затем поднять руку с той стороны, куда направлен его взгляд. После этого, на фоне опускания руки, происходит утилизация при помощи необходимых внушений.

Суть наведения через прерывание стереотипа состоит в том, что прерывается цельная, автоматизированная единица его поведения и возникает замешательство. После этого, на фоне замешательства, также происходит утилизация при помощи необходимых внушений. В литературе хорошо описаны техники прерывания шаблона рукопожатия – как в начале рукопожатия, так и в конце рукопожатия.

К сожалению, техники прерывания стереотипа, в отличие от техник рычажного наведения, не могут использоваться многократно. Поэтому при быстром наведении транса и следует отдавать предпочтение рычажным техникам наведения транса.

Рассмотрим особенности техник *утилизации* состояния транса, которые используются В. А. Доморацким на *стадии завершения* процедуры ДПДГ. Как было отмечено выше, после стадии десенсибилизации в стандартной процедуре ДПДГ следуют стадии инсталляции, сканирования тела и завершения. Однако В. А. Доморацкий в своей практике, в случае благополучного завершения стадий десенсибилизации и инсталляции, пропускает этап сканирования тела и сразу переходит к завершающему этапу процедуры ДПДГ-терапии (используя техники Эго-усиления с учетом содержания инсталлированного самоотношения). Это дает возможность автору связать в одном сеансе стандартную процедуру ДПДГ со стандартным протоколом ДПДГ, а именно – с целями, которые внедряются в психику клиента в качестве образов, идей, планов и программ будущего.

Отметим также возможности использования гипноза в *период между сеансами* в структуре процедуры ДПДГ. После завершения сеанса ДПДГ травматический материал с большой долей вероятности будет постепенно проходить переработку и в период между сеансами. Поэтому клиент должен быть знаком с различными техниками самоконтроля, чтобы самостоятельно справляться с беспокоящими мыслями и эмоциями. Ф. Шапиро отмечает, что, хотя гипнотическое внушение было бы, возможно, лучшим способом окончания *незавершенного* психотерапевтического сеанса, оно не может дать клиенту чувства уверенности в себе, столь необходимого в период *между сеансами*. Поэтому если психотерапевт отдает предпочтение определенным гипнотическим техникам, полезно видоизменить их таким образом, чтобы клиент смог *самостоятельно* использовать эти техники в периоды между сеансами [11].

Поэтому уже на подготовительном этапе ДПДГ для реализации эффективной аутогенного самовнушения в период между сеансами ДПДГ терапевт должен *передать клиенту два вида якорей*: 1) первый вид якоря – на погружение в транс (это может быть вытянутая вперед рука с поднятым вверх пальцем в технике Н. Воотон); 2) второй вид якоря – на актуализацию ресурсного переживания безопасного места (это могут быть эмоционально-значимые слова, символы или образы, которые будут сигнализировать клиенту о безопасном месте). Местом перехода от первого типа якорей ко второму типу якорей в технике Н. Воотон может стать тот момент, когда опускающаяся вниз рука клиента *касается его колена*: “И как только Ваша рука коснется колена, в вашем сознании всплывет слово (образ, символ), который начинает сигнализировать Вам о безопасном месте. (Далее идут основные, с точки зрения клиента, образно-символические характеристики этого места)” [5, с. 375].

Выводы. Таким образом, в процессе определения оптимальных техник гипнотической индукции и утилизации состояния транса для сочетания со стандартной процедурой ДПДГ-терапии мы пришли к следующим заключениям.

1. Применение техник гипнотической индукции и утилизации состояния транса оправдано на стадиях *подготовки, десенсибилизации и завершения* в структуре процедуры ДПДГ, а также между терапевтическими сеансами.

2. Одной из лучших процедур погружения клиента как в аутогенный, так и гетерогенный гипноз является техника “Индукция транса через движение руки (по методу Н. Воотон)”. При проведении данной техники у клиента необходимо установить постгипнотический сигнал

(якорь) на повторное погружение в транс. Для облегчения погружения клиента в самогипноз ему необходимо провести процедуру передачи якоря.

3. На утилизационном этапе гипнотического сеанса целесообразно использовать технику С. Линна и И. Кирша “Содействие ощущению безопасности и защищенности: безопасное место”. При этом следует устанавливать *разные якоря* для техник, с одной стороны – *наведения транса*, а с другой – *утилизации транса*.

4. В случае возникновения неполного отреагирования на стадии десенсибилизации в структуре процедуры ДПДГ необходимо переходить к завершающей стадии и применять при этом указанные выше гипнотические техники наведения транса (по методу Н. Воотон) и утилизации транса (по методу С. Линна и И. Кирша).

5. На *стадии завершения* процедуры ДПДГ при *благополучно проведенной* десенсибилизации и инсталляции, могут быть реализованы также следующие процедуры: 1) техники *быстрого* наведения транса; 2) техники *Эго-усиления* клиента, которые соотносятся с содержанием позитивного самоотношения, которое было инсталлировано клиенту на предыдущем этапе процедуры ДПДГ; 3) процедура пропуска (отмены) стадии сканирования тела, которая присутствует в стандартном протоколе процедуры ДПДГ; 4) процедура перехода к третьему этапу стандартного *протокола* ДПДГ, который предусматривает перенос из прошлого опыта клиента в его будущее необходимых ресурсов.

Задачу наших дальнейших исследований мы видим в выявлении оптимальных техник гипнотической индукции и утилизации состояния транса для сочетания, во-первых, со стандартным протоколом ДПДГ, во-вторых, с протоколами и процедурами для особых ситуаций ДПДГ, в-третьих, при ДПДГ с различными типами клиентов.

Литература

1. Гриндер Д., Бэндлер Р. Формирование транса / Д. Гриндер, Р. Бэндлер / пер. с англ. – М. : КААС, 1994. – 272 с.
2. Гиллиген С. Наследие Милтона Эриксона / С. Гиллиген / пер. с англ. – М. : Психотерапия, 2012. – 416 с.
3. Доморацкий В. А. Сочетанное использование эриксоновского гипноза и десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) в клинической практике / В. А. Доморацкий // Теория и практика психотерапии. – 2015. – №2 (6). – С. 48–52.
4. Е. Томас Дауд. Когнитивная гипнотерапия / Е. Томас Дауд. – СПб. : Питер, 2003. – 224 с.
5. Евтушенко В. Г. Методы современной гипнотерапии / В. Г. Евтушенко. – М. : Психотерапия, 2010. – 384 с.

6. Зейг Дж. Терапевтические характеристики эриксоновского воздействия / Дж. Зейг // Эволюция психотерапии. – Том 4. “Иные голоса” / пер. с англ. – М. : Класс, 1998. – С. 83–107.
 7. Карл Г., Бойз Д. Гипнотерапия : практическое руководство / Г. Карл, Д. Бойз. – М. : ЭКСМО-Пресс ; Спб. : Сова, 2002. – 352 с.
 8. Линн С., Кирш И. Основы клинического гипноза. Доказательно-обоснованный подход / С. Линн, И. Кирш / пер. с англ. – М. : Психотерапия, 2011. – 352 с.
 9. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Пособие для специалистов в области психотерапии и психологии / Дж. Прохазка, Дж. Норкросс / пер. с англ. – СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. – 384 с.
 10. Хейвенс Р. Мудрость Милтона Эриксона / Р. Хейвенс / пер. с англ. – М. : Класс, 1999. – 400 с.
 11. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры / Ф. Шапиро / пер. с англ. – М. : Класс, 1998. – 496 с.
 12. Япко М. Трансовая работа : введение в практику клинического гипноза / М. Япко / пер. с англ. – М. : Класс, 1998. – 496 с.
 13. Beere D. B, Simon M. J, Welch K. Recommendations and illustrations for combining hypnosis and EMDR in the treatment of psychological trauma. Am J Clin Hypn. 2001 Jan-Apr; 43(3–4) : 217–31. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://shumilo.com/index.php/novosti-gipnoza/11-gipnoterapiya/207-sochetanie-gipnoza-i-dpdg-pri-lechenii-psikhologicheskikh-travm>
 14. Phillips M. Potential contributions of hypnosis to ego-strengthening procedures in EMDR. Eye Movement Desensitization Reprocessing. Am J Clin Hypn. 2001 Jan-Apr ; 43(3-4) : 247–62. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://psycholog-psyhoterapevt.ru/vklad_gipnoza_v_ego_usilenie_procedurey_dpdg
- Отримано 15.09.2015

Анотація

Ніколаєнко Сергій. Проблема поєднання гіпнозу з технологією десенсібілізації й переробки рухами очей (ДПРО) в процесі психотерапії емоційних травм.

Стаття посвячена пошуку оптимальних технік гипнозу для поєднання зі стандартною процедурою ДПРО-терапії. При цьому визначені техніки індукції й утилізації гіпнотичного трансу, які можна поєднати зі стандартною процедурою ДПРО-терапії на етапах підготовки, десенсібілізації й завершення, а також між сеансами.

Ключові слова: емоційна травма, ДПРО-терапія, індукція трансу, утилізація трансу.

Summary

Nikolaienko Serhei. The problem of combining hypnosis with the technology of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in trauma.

The article is devoted to the search for the optimal combination of the techniques of hypnosis to the standard procedure EMDR therapy. This technique revealed the induction and utilization of hypnotic trance, which can be combined with the standard procedure of EMDR therapy in the stages of preparation, and complete desensitization and between its sessions.

Keywords: emotional trauma, EMDR therapy, the induction of trance, trance disposal.